# Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta

**I.C. Puerta**

*INSTRUMENTS FOR EVALUATING BEHAVIOURAL DISORDERS*

***Summary.*** Aims. *This review considers, from a theoretical-clinical point of view, several interview-based instruments used in the areas of neuropsychology, psychology and psychiatry that have been designed to evaluate the associated symptoms in several diagnostic categories or types in the different editions of the* Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Development. *The study of psychopathology, especially in children and adolescents, has one prior requisite: a thorough knowledge of how categorical disorders are organised by axes and the reason for the groups of symptoms and their variations located in each criterion. Consequently, in order to perform a diagnosis in child psychopathology, different criteria have to be fulfilled, according to the presence of the different disorders associated with a particular pathology, and the different evaluation tools provide a multiple approach that allows the behavioural problems to be evaluated.* Conclusions. *We currently have a series of diagnostic instruments available that are recommended for individual clinical study and can be applied both by parents and by teachers. The need then arises to research into whether the symptoms reported by parents and teachers have similar characteristics or whether, to the contrary, there are differences in the behaviour observed in distinct contexts, which would require a further analysis of the contextual particularities the patient moves in. [REV NEUROL 2004; 38: 271-7]*
***Key words.*** *ADHD. Behavioural disorders. Checklist. Dissocial.*

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico psicopatológico se basa exclusivamente en los criterios clínicos propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría en su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [1].

No existe ningún examen de laboratorio que pueda confirmar estos diagnósticos, motivo por el cual es indispensable el uso de escalas de evaluación comportamental estandarizadas y validadas que se acoplen a los criterios del DSM-IV, para determinar las alteraciones comportamentales propias de cada uno de los síndromes.

Por consiguiente, en los últimos años ha habido un creciente interés en el perfeccionamiento de instrumentos para el diagnóstico de la psicopatología del niño y del adolescente [2] con la utilización de diferentes enfoques, lo cual ha originado un gran debate acerca de la fiabilidad comparativa de los diversos métodos [2-4]. Sin embargo, el uso de cuestionarios estandarizados ha sido la forma más generalizada de realizar los diagnósticos de la mayoría de los trastornos psiquiátricos en todo el mundo [5].

Cuando se usan cuestionarios basados en criterios bien delimitados, se logra efectuar un enfoque más preciso de los diagnósticos en psicología y psiquiatría, que facilita una valoración cuantitativa en el estudio, tanto de la prevalencia como de la gravedad de las enfermedades mentales [6].

El DSM-IV [1] ha propuesto varias categorías o tipologías diagnósticas y un sistema de entrevistas estructuradas, las cuales son objeto de numerosas discusiones [1-5] debido a que exige un conocimiento completo y amplia experiencia clínica acerca de la naturaleza de la organización de los trastornos categóricos por ejes, de la razón de los grupos de síntomas, así como del origen de sus variantes; ello conlleva a que la identificación de síntomas a través de las entrevistas estructuradas de manera dicotómica o categorial requiera psiquiatras o psicólogos clínicos con gran experiencia en las diversas dimensiones de la psicopatología.

Lo ideal es que una entrevista estructurada se realice con el paciente y la confirme un familiar cercano; también se requiere que la aplique un profesional con experiencia. Durante la práctica habitual, utilizando la entrevista no necesariamente se obtiene el diagnóstico. Los clínicos, generalmente, recurren a entrevistas abiertas y a interpretaciones intuitivas para determinar el diagnóstico; sin embargo, no es posible investigar las enfermedades mentales sin el uso del método de referencia y las escalas estandarizadas, procedimientos absolutamente indispensables para obtener información cuantitativa, relativamente objetiva, precisa y fiable [7-13].

Las medidas tradicionales del valor diagnóstico de una prueba son la sensibilidad y la especificidad. Éstas miden la discriminación diagnóstica de una prueba, comparada con la del criterio de referencia.

La sensibilidad mide la proporción de los individuos con la alteración, identificados correctamente por la prueba, expresada como porcentaje. Mide la capacidad de la prueba para detectar la alteración o los casos definidos como positivos.

La especificidad mide la proporción de los individuos sanos a los que identifica correctamente como tales la prueba; es decir, las personas que se clasifican como negativas. La capacidad de que la prueba dé un resultado positivo para los que realmente están enfermos, excluyendo los falsos positivos, se llama valor predictivo positivo (VPP). La capacidad de la prueba para clasificar como sanos a los que realmente están exentos de la enfermedad, evitando así la inclusión de falsos negativos, se denomina valor predictivo negativo (VPN).

Los falsos positivos son aquellos sujetos sanos que obtienen una puntuación en la prueba semejante a la obtenida por los enfermos. Los falsos negativos son aquellos sujetos enfermos que puntúan en la prueba como si estuvieran sanos.

En los niños y adolescentes, se emplean más los cuestionarios a través de padres y maestros, porque se estima que poseen

*Recibido: 31.05.03. Aceptado: 21.11.03.*

*Grupo de Neuropsicología y Conducta. Facultad de Psicología. Universidad de San Buenaventura. Grupo de Neurociencias de Antioquia. Medellín, Colombia.*

*Correspondencia: Dra. Isabel C. Puerta. Cra. 78.ª, n.º 52A 24. Medellín, Colombia. E-mail: icpuerta@epm.net.co.*

© 2004, *REVISTA DE NEUROLOGÍA*

**Tabla I.** *Checklist* para TDAH basada en el DSM-IV.

| | Frecuencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| Inatención | | | | |
| 1. No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas | N | AV | F | S |
| 2. Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos | N | AV | F | S |
| 3. No parece escuchar lo que se le dice | N | AV | F | S |
| 4. No sigue instrucciones o no termina las tareas en la escuela o en la casa, a pesar de comprender las órdenes | N | AV | F | S |
| 5. Tiene dificultades para organizar sus actividades | N | AV | F | S |
| 6. Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzo | N | AV | F | S |
| 7. Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades | N | AV | F | S |
| 8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes | N | AV | F | S |
| 9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria | N | AV | F | S |
| Hiperactividad-impulsividad | | | | |
| 10. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado | N | AV | F | S |
| 11. Se levanta del sitio en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado | N | AV | F | S |
| 12. Corretea y trepa en situaciones inadecuadas | N | AV | F | S |
| 13. Tiene dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto | N | AV | F | S |
| 14. Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro | N | AV | F | S |
| 15. Habla demasiado | N | AV | F | S |
| 16. Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas | N | AV | F | S |
| 17. Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos | N | AV | F | S |
| 18. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás | N | AV | F | S |
| Puntuación total | | | | |

N: nunca; AV: algunas veces; F: frecuentemente; S: siempre.

la comprensión lectora necesaria para completar las encuestas de una manera más objetiva con respecto a los pensamientos, sentimientos y comportamientos que los mismos pacientes; sin embargo, recientemente se usan cuestionarios de autoinforme mediante listas de síntomas (*checklists*) para el diagnóstico categórico en los estudios de neuroepidemiología y epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes, con la ventaja de ser más breve, ya que derivan directamente de los síntomas del criterio A del DSM-IV, y, a su vez, proporcionan información indirecta acerca de la frecuencia y gravedad de tales síntomas [14].

El enfoque multidimensional demuestra que en la clínica psicológica, realmente, es mucho más frecuente encontrar múltiples trastornos en comorbilidad que encontrar trastornos unicategoriales; sin embargo, requieren tiempo para aplicarse y programas computarizados para calificarse [15-17], por lo que se convierten en una desventaja en comparación con la lista de síntomas [1,14], la cual se puede contestar en menos de 10 minutos y puede calificarse manualmente utilizando una sola tabla de referencia.

Actualmente, existe un gran debate en torno a la validez del diagnóstico categórico o dicotómico, enfrentado al diagnóstico de perfiles de la conducta [15,18].

Los instrumentos presentados en la actual revisión son para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), evaluación del trastorno disocial de la conducta (TDC) y la escala multidimensional de la conducta (EMC).

## EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

La lista de síntomas para el TDAH se construyó de acuerdo con el modelo semicontinuo de la lista de síntomas de Achenhbach [19], que califica los síntomas del criterio A de ADHD (del inglés *attention deficit disorders with hyperactivity*) del DSM III y del DSM III-R [20,21] de 0 (nunca) a 3 (casi siempre). La lista de síntomas para TDAH se basa, entonces, en la calificación cuantitativa y semicontinua, de 0 (nunca) a 3 (casi siempre) de cada uno de los 18 síntomas de las tres dimensiones del criterio A del DSM-IV para el diagnóstico de TDAH [1]. Esta lista de síntomas la deben contestar los padres. La puntuación mínima para la escala total es 0, y la máxima, 54. La puntuación de la escala de inatención varía de 0 a 27, la de la subescala de hiperactividad de 0 a 18, y la de la subescala de impulsividad, de 0 a 9. Se hizo una subescala conjunta de hiperactividad-impulsividad que varía de 0 a 27 (Tabla I).

**Tabla II.** Autoinforme. Cuestionario basado en los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno disocial de la conducta.

| | Frecuencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Intimida o amenaza a otras personas? | N | AV | F | S |
| 2. ¿Ha provocado de manera intencional incendios? | N | AV | F | S |
| 3. ¿Ha entrado violentamente en la casa o vehículos ajenos? | N | AV | F | S |
| 4. ¿Se ha quedado fuera de la casa en la noche sin permiso? | N | AV | F | S |
| 5. ¿Inicia las peleas y arremete físicamente a otros? | N | AV | F | S |
| 6. ¿Ha destruido a propósito cosas que pertenecen a otras personas? | N | AV | F | S |
| 7 .¿Engaña a otras personas para quitarles dinero u obtener objetos ajenos? | N | AV | F | S |
| 8. ¿Se ha fugado o se ha escapado de la casa durante más de 24 horas? | N | AV | F | S |
| 9. ¿Utiliza armas u objetos que puedan hacer daño a otros (bates, cuchillos, etc.)? | N | AV | F | S |
| 10. ¿Es cruel con las personas y le gusta hacerlas sufrir? | N | AV | F | S |
| 11. ¿Roba objetos de valor cuando tiene la oportunidad de hacerlo? | N | AV | F | S |
| 12. ¿Ha robado o atracado con armas o amenazado a otros? | N | AV | F | S |
| 13. ¿Ha forzado o amenazado a alguien para tener relaciones sexuales? | N | AV | F | S |
| 14. ¿Ha sido cruel con los animales y le gusta hacerlos sufrir? | N | AV | F | S |

N: nunca; AV: algunas veces; F: frecuentemente; S: siempre.

En nuestro estudio [14], la consistencia interna del instrumento, primero con 18 ítems de la escala total, luego con nueve ítems de inatención, después con nueve ítems de hiperactividad-impulsividad y, finalmente, con seis ítems de hiperactividad, fue muy sólida para ambos sexos y para todas las edades (coeficiente $\alpha$ de Cronbach: 0,85-0,92).

El análisis factorial, mediante la utilización de la matriz rotada oblimim para dimensiones correlacionadas [22] en la muestra dividida según el sexo, encontró que para los niños la lista de síntomas para TDAH se agrupa en dos dimensiones: la primera, formada por las preguntas de inatención, explica el 36,9% de la varianza; la segunda dimensión, formada por las preguntas de hiperactividad e impulsividad agrupadas, explica el 14,1% de la varianza. Las dos dimensiones tienen una correlación modesta entre sí (0,37), lo cual indica que en un porcentaje inferior al 40% algunos elementos de estas dos dimensiones se superponen. Esta estructura se mantiene estable en todos los grupos de edad, con una ligera variación en el porcentaje de explicación de la varianza (33,4-34,9% para el factor 1 y 10,8-14,4% para el factor 2).

En las niñas, el análisis factorial descubrió también dos dimensiones; pero, al contrario que en los niños, el primer factor estaba formado por los ítems de hiperactividad-impulsividad, que explicó el 39,3% de la varianza. El segundo factor lo estaba por las preguntas relacionadas con inatención, que explicó el 12,2% de la varianza. La matriz de correlación de los componentes muestra una mayor superposición de estas dos dimensiones en las niñas (0,45).

## EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA (TDC)

La lista de síntomas para el TDC se construyó de acuerdo con el modelo semicontinuo de la lista de síntomas de Achenhbach [19], que se retomó para la lista de síntomas del criterio A de TDC. Se construyó un cuestionario con 14 síntomas del criterio A del DSM-IV [1] para el diagnóstico de TDC. Se elaboró una escala de calificación discreta de 0 (nunca) a 3 (casi siempre); al elegir una escala con cuatro posibles repuestas, se disminuye la probabilidad de la denominada 'respuesta central o deseada' [14,15,18]. En nuestro estudio la lista de síntomas fue contestada por los propios adolescentes (autoinforme). La puntuación mínima para la escala total es 0, y la máxima, 42 (Tabla II).

En nuestro estudio, a las puntuaciones obtenidas se les realizó un análisis de fiabilidad con el método ítem/escala mediante el cálculo del coeficiente $\alpha$ de Cronbach para 14 preguntas; el coeficiente $\alpha$ logrado fue de 0,86. Lo anterior indica que la escala tiene una alta consistencia interna y, por tanto, puede utilizarse para estudios demográficos sobre la salud mental o como apoyo cuantitativo en el diagnóstico clínico del TDC en los adolescentes.

Un análisis de factores exploratorio inicial, mediante un método de extracción del componente principal y una rotación *oblimim* para factores correlacionados, encontró una estructura de tres factores, que explicaba el 49,1% de la variabilidad. El primer factor lo formaron preguntas relacionadas con la 'violencia', y explicó el 32,3% de variabilidad. El segundo factor lo componían cuestiones relacionadas con 'violaciones graves de la norma', y explicó el 8,9% de la variabilidad. Finalmente, el tercer factor lo conformaron preguntas relacionadas con conductas de 'crueldad' para las personas, los animales y las cosas, y explicó el 7,9% de la estructura subyacente.

Dada la distribución de las puntuaciones, puede considerarse que una puntuación directa hasta 8, la cual corresponde a una puntuación T de 60 y a un percentil de 85, puede estimarse dentro de la distribución normal de las dos desviaciones estándares

para nuestros adolescentes; una puntuación entre 9 y 13, que corresponde a una puntuación T entre 61 y 65 y a un percentil entre 85 y 94, puede considerarse como de riesgo; y una puntación directa de 15 o mayor, que corresponde a una puntuación T entre 66 a 82 y a un percentil entre 95 y 99, se puede considerar clínicamente significativa. Estos puntos de corte se sugieren como referencias para los estudios de validación clínica, lo cual permitirá calcular los diversos niveles de sensibilidad y de especificad en el diagnóstico de TDC [23,24].

## EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA CONDUCTA (EMC)

El sistema multidimensional para la evaluación de la conducta (BASC, del inglés *behavior assessment system for children*) ha demostrado tener suficiente fiabilidad y validez para proporcionar una información pertinente y completa, que se relaciona mucho con los criterios diagnósticos de numerosas categorías diagnósticas del DSM-IV [1].

La escala BASC [18] es multidimensional, porque mide varios aspectos de la conducta y de la personalidad, incluyendo dimensiones positivas (adaptativas) y negativas (clínicas). La escala se diseñó para facilitar el diagnóstico de la clasificación pedagógica de una variedad de trastornos emocionales y de la conducta y para ayudar en el diseño de planes de intervención. Cuando se usan individualmente, los componentes del BASC son instrumentos fiables y muy sofisticados en términos psicométricos, que proveen al clínico de una variedad de información útil.

La escala BASC mide múltiples dimensiones y, además de evaluar problemas de comportamiento y trastornos emocionales, también permite identificar atributos positivos que pueden capitalizarse en el proceso de tratamiento.

En el intervalo de dimensiones evaluadas ayuda a establecer un diagnóstico diferencial entre las categorías específicas del trastorno, como las del DSM-IV, y las categorías generales de otros problemas, como los descritos para la educación especial (*individual with disabilities education act)* en EE.UU. La escala cumple todos los requisitos gubernamentales en EE.UU. relacionados con el diagnóstico de trastornos emocionales graves en los escolares [18]. Cada componente de la escala se ha diseñado para un ambiente específico o para el tipo de persona que lo contesta. Este diseño obedece al conocimiento de que algunos comportamientos son más importantes o tienen más valor en algunos ambientes que en otros, y pueden ser detectados o referidos mejor por un informante que por otro. Por consiguiente, son de gran valor interpretativo, puesto que se han construido alrededor de situaciones o conductas claramente especificadas. Sus componentes tienen una alta consistencia interna y fiabilidad, y son fáciles de administrar y de calificar. Sus normas se basan en muestras grandes y representativas, diferenciadas de acuerdo con la edad, de 360 niños de Medellín, Colombia [16,17,25].

Los componentes de este instrumento ofrecen varios tipos de validez, que le permiten al clínico medir la veracidad y la consistencia de los informantes. Son consistentes no sólo a través de los diferentes sexos y edades, sino también entre los distintos formularios: los del profesor, los de los padres y el autoinforme (Tabla III). Además, se presentan para diferentes grupos de edades; así, existe una escala para niños preescolares en edades entre los 4 y 5 años, en edades escolares entre los 6 y 11 años, y para adolescentes entre los 12 y los 18 años. Esto es importante, porque asegura una interpretación más fiable de las escalas.

En edades preescolares, entre los 4 y los 5 años, hay cuestionario para padres y maestros.

En edades escolares y adolescentes entre los 6 y 18 años, hay cuestionario para padres, maestros y autoinforme (para mayores de 8 años).

### *Escalas clínicas y adaptativas de los cuestionarios de padres y maestros*

A continuación, se muestran las escalas clínicas y adaptativas de los cuestionarios de padres y maestros.

*Escalas clínicas*

- *Hiperactividad:* la tendencia a ser excesivamente activo, precipitación en el trabajo o en actividades y actuar sin pensar.
- *Agresión:* la tendencia a actuar de manera hostil (verbal o físicamente) y amenazadora hacia los demás.
- *Problemas de conducta:* la tendencia a un comportamiento antisocial, rompiendo reglas, llegando incluso a la destrucción de propiedad privada.
- *Depresión:* sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés que pueden resultar en la incapacidad de llevar a cabo actividades cotidianas (síntomas neurovegetativos o pensamientos suicidas).
- *Somatización:* la tendencia a ser demasiado sensible y quejarse de pequeñas dolencias físicas.
- *Ansiedad:* la tendencia a estar nervioso, con miedo y preocupado por problemas reales o imaginarios.
- *Problemas de atención:* la tendencia a distraerse fácilmente y capacidad de concentrarse sólo momentáneamente.
- *Problemas de aprendizaje:* la presencia de dificultades en el estudio, particularmente en la comprensión o realización del trabajo escolar.
- *Atipicidad:* la tendencia a comportarse de manera inmadura, 'extraña'. Se asocia comúnmente con psicosis (por ejemplo, alucinaciones visuales o auditivas).
- *Aislamiento:* la tendencia a evadirse de los demás y rechazar todo contacto social.

*Escalas adaptativas*

- *Adaptabilidad:* la habilidad para adaptarse a cambios ambientales.
- *Compañerismo:* las habilidades asociadas con la consecución de metas académicas, sociales o comunitarias, en particular la habilidad de trabajar bien con los demás.
- *Habilidades sociales:* las habilidades necesarias para interactuar eficazmente con compañeros y adultos en el hogar, la escuela y la comunidad.
- *Habilidades en el estudio:* las habilidades que conducen a resultados académicos positivos, incluyendo la habilidad organizativa y buenos hábitos de estudio.

### *Escalas clínicas y adaptativas del cuestionario de autoinforme*

A continuación se describen las escalas clínicas y adaptativas del cuestionario de autoinforme:

*Escalas clínicas*

- *Actitud hacia el colegio:* tendencia a mostrar actitud negativa o rechazo hacia el lugar de estudio.

**Tabla III.** BASC, escalas evaluativas de los padres (6-11 años) [18].

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Se adapta bien a los(as) maestros(as) nuevos(as) | N | V | F | S | 29. Llora fácilmente | N | V | F | S |
| 2. Amenaza con hacerle daño a otras personas | N | V | F | S | 30. Le dan rabietas | N | V | F | S |
| 3. Se preocupa | N | V | F | S | 31. Toma medicamentos | N | V | F | S |
| 4. Escucha las instrucciones que se le dan | N | V | F | S | 32. Felicita a los demás cuando les pasan cosas buenas | N | V | F | S |
| 5. Se mece hacia delante y hacia atrás durante largos períodos de tiempo | N | V | F | S | 33. Se queja de frío | N | V | F | S |
| 6. Se va de casa sin permiso | N | V | F | S | 34. Le pega a otros(as) niños(as) | N | V | F | S |
| 7 Dice: 'no tengo ningún amigo(a)' | N | V | F | S | 35. Tiene problemas de los ojos | N | V | F | S |
| 8. Es incapaz de esperar turnos | N | V | F | S | 37. Se burla y fastidia a los demás | N | V | F | S |
| 9. Asiste a actividades extraescolares | N | V | F | S | 38. Se preocupa de lo que piensan los padres | N | V | F | S |
| 10. Dice: 'por favor' y da las gracias | N | V | F | S | 39. Olvida las cosas | N | V | F | S |
| 11. Se queja de asfixia | N | V | F | S | 40. Repite continuamente una actividad | N | V | F | S |
| 12. Inicia conversaciones fácilmente con gente que acaba de conocer | N | V | F | S | 41. Usa lenguaje vulgar y grosero | N | V | F | S |
| 13. Juega con fuego | N | V | F | S | 42. Dice: 'nadie me comprende' | N | V | F | S |
| 14. Le gusta lucirse con los demás | N | V | F | S | 43. Necesita demasiada supervisión | N | V | F | S |
| 15. Es demasiado serio(a) | N | V | F | S | 44. Inicia actividades por sí mismo(a) | N | V | F | S |
| 16. Se orina en la cama | N | V | F | S | 45. Tiene sentido del humor | N | V | F | S |
| 17. Trata de herirse a sí mismo(a) | N | V | F | S | 46. Se queja de dolores | N | V | F | S |
| 18. Tiene amigos(as) que se meten en problemas | N | V | F | S | 47. Evita competir con otros(as) niños(as) | N | V | F | S |
| 19. Dice: 'quiero matarme' | N | V | F | S | 48. Se altera cuando se cambian planes | N | V | F | S |
| 20. Se levanta de la mesa durante las comidas | N | V | F | S | 49. Discute con los padres | N | V | F | S |
| 21. Se une a clubes o grupos sociales | N | V | F | S | 50. Dice: 'los exámenes me ponen nervioso' | N | V | F | S |
| 22. Anima (estimula) a la gente a que hagan las cosas lo mejor posible | N | V | F | S | 51. Se distrae fácilmente | N | V | F | S |
| 23. Se queja de mareos | N | V | F | S | 52. Toca constantemente las cosas, tales como sus propios cabellos, uñas o ropa | N | V | F | S |
| 24. Cambia de dirección para evitar tener que saludar a alguien | N | V | F | S | 53. No le importan los sentimientos de los demás | N | V | F | S |
| 25. Desafía o reta a otros(as) niños(as) a que hagan cosas | N | V | F | S | 54. Se frustra fácilmente | N | V | F | S |
| 26. Tartamudea | N | V | F | S | 55. Es inquieto(a) cuando ve una película | N | V | F | S |
| 27. Dice: 'tengo miedo de lastimar a alguien' | N | V | F | S | 56. Tiene muchas ideas | N | V | F | S |
| 28. Tiene problemas con la policía | N | V | F | S | 57. Se ofrece a ayudar a los demás | N | V | F | S |
| | | | | | 58. Vomita | N | V | F | S |
| | | | | | 59. Es tímido(a) con otros niños(as) | N | V | F | S |

N: nunca ocurre; V: ocurre a veces; F: ocurre frecuentemente (a menudo); S: ocurre casi siempre.

- *Actitud hacia los profesores:* tendencia a mostrar actitud negativa o rechazo hacia los profesores que le dictan algunas clases.
- *Depresión:* sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés que pueden resultar en la incapacidad de llevar a cabo actividades cotidianas (síntomas neurovegetativos o pensamientos suicidas).
- *Somatización:* la tendencia a ser demasiado sensible y quejarse de pequeñas dolencias físicas.
- Locus *de control:* la tendencia a asumir como propias o ajenas la responsabilidad de las conductas emitidas.
- *Búsqueda de sensaciones:* la tendencia a buscar satisfacción en actividades de peligro físico.
- *Sensación de inadecuación:* tendencia a sentir que se encuentra excluido de las normas establecidas socialmente.
- *Ansiedad:* la tendencia a estar nervioso, temeroso y preocupado por problemas reales o imaginarios.
- *Estrés social:* la tendencia a incrementar sus niveles de activación fisiológica en situaciones sociales.
- *Atipicidad:* la tendencia a comportarse de manera inmadura, 'extraña'. Se asocia comúnmente con psicosis (por ejemplo, alucinaciones visuales o auditivas).

*Escalas adaptativas*

- *Autoconfianza:* la creencia de que es capaz de realizar las actividades propuestas (autoeficacia).
- *Autoestima:* la creencia de que se es valioso y se quiere a sí mismo.
- *Relación con los padres:* establecimiento adecuado de un patrón de comunicación y de relación familiar.
- *Relaciones interpersonales:* establecimiento de un adecuado patrón de comunicación y de relación con los demás.

La calificación de cada uno de los cuestionarios se realiza mediante el programa AGS (American Guidance Service Inc) [26].

En Colombia se dispone de un programa informático para su calificación, diseñado de acuerdo con el BASC, de Reynolds y Kamphaus [18], que brinda un informe de las puntuaciones directas obtenidas con sus respectivas puntuaciones descriptivas, de acuerdo con la estandarización realizada en la Ciudad de Medellín por el Grupo de Neuropsicología y Conducta de la Universidad de San Buenaventura, el Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, el Instituto Neurológico de Antioquia (INDEA) y la Universidad de Georgia [27].

## CONCLUSIONES

En la actualidad contamos con una serie de instrumentos de diagnóstico para la población infantil y adolescente, basados en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [1]; se recomiendan en el estudio clínico individual que se puede aplicar tanto a padres como a profesores, con el objetivo de clarificar la presencia de los síntomas en diferentes ambientes y si poseen características similares, o si, por el contrario, la observación comportamental en diferentes contextos arroja diferencias, para lo cual se requiere un análisis mayor de las particularidades contextuales en las que se desenvuelve el paciente.

BIBLIOGRAFÍA


1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1994.
2. Jensen PS, Edelbrock C. Subject and interview characteristics affecting reliability of the diagnostic interview schedule for children. J Abnorm Child Psychol 1999; 27: 413-5.
3. Edelbrock C, Costello A. Convergence between statistically derived behavior problem syndrome and child psychiatric diagnoses. J Abnorm Child Psychol 1998; 16: 216-31.
4. Gould MS, Bird H, Jaramillo BS. Correspondence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses in a community sample. J Abnorm Child Psychol 1993; 21: 287-313.
5. Edelbrock C, Crnic K, Bohnert A. Interview as communication: an alternative way of administering the diagnostic interview schedule for children. J Abnorm Child Psychol 1999; 27: 447-53.
6. Pineda D, Ardila A, Rosselli M, Arias B, Henao GC, Gómez L, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4-to 17 year-old children in the general population. J Abnormal Child Psychol 1999; 27: 455-62.
7. Colimon KM. Fundamentos de Epidemiología. Medellín: Díaz de Santos; 1990.
8. Zahner GEP, Hsieh CC, Fleming J. Introduction to epidemiologic research methods. In Tsuang MT, Tohen M, Zhaner GEP, eds. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley Liss; 1995. p. 24-53.
9. Goldstein JM, Simpson JC. Validity: definitions and applications to psychiatric research. In Tsuang MT, Tohen M, Zhaner GEP, eds. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley Liss; 1995. p. 229-52.
10. Somervell PD, Beals J, Boehnlein J, Leung P, Manson SM. Criterion validity of the center of epidemiologic studies depression scale in a population sample from American Indian village. Psychiatric Res 1993; 47: 255-66.
11. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical epidemiology. 3 ed. Baltimore: William & Wilkins; 1996.
12. First MB, Spitzer RI, Gibbon M, Williams JBW. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV, SCID-I, versión en español. Barcelona: Masson; 1999.
13. Frances A, Mack AH, First MB, Widiger T, Ford S, Vetterelo N, et al. DSM-IV and psychiatric epidemiology. In Tsuang MT, Tohen M, Zhaner GEP, eds. Textbook in psychiatric rpidemiology. New York: Wiley Liss; 1995. p. 273-9.
14. Pineda DA, Henao GC, Puerta IC, Mejía SE, Gómez LF, Miranda ML, et al. Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. Rev Neurol 1999; 28: 365-72.
15. Kamphaus RW, Frick PJ. Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior. Boston: Ally & Bacon; 1996.
16. Pineda DA, Kamphaus RW, Mora O, Puerta IC, Palacio LG, Jiménez I, et al. Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad. Rev Neurol 1999; 28: 952-9.
17. Pineda DA, Kamphaus RW, Mora O, Restrepo MA, Puerta IC, Palacio LG, et al. Sistema de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. Rev Neurol 1999; 28: 672-81.
18. Reynolds C, Kamphaus RW. Behavior assessment system for children-BASC. Circle Pines: American Guidance Service; 1992.
19. Achenbach TM. The child behavior profile: 1, boys aged 6-11. J Consult Clin Psychol 1978; 46: 478-88.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 ed. Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1980.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 ed, revised. Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1987.
22. Afifi AA, Clark V. Computer-aided multivariate analysis. 2 ed. New York: Van Nostrand Reinhold; 1990.
23. Pineda DA, Puerta IC, Arango CP, Calad OM, Villa MT. Cuestionario Breve para el diagnóstico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes de 12 a 16 años. Rev Neurol 2000; 30: 1145-50.
24. Puerta IC, Pineda DA, Arango CP, Calad OM, Villa MT. Autoinforme para el diagnóstico de trastorno disocial de la conducta en adolescentes escolarizados. Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias 2000; 2: 19-26.
25. Kamphaus RW, Jiménez ME, Pineda D, Rowe EW, Fleckenstein L, Restrepo MA, et al. Análisis transcultural de un instrumento de dimensiones múltiples en el diagnóstico del déficit de atención. Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias 2000; 2: 51-63.
26. Software BASC Enhanced Assist y manual de instrucciones para su uso, IBM v. 1.0 (BASC Plus), IBM v. 1.1. (BASC Enhanced Assist for IBM PC).
27. Puerta CA, Ríos J, Puerta IC, Pineda DA. Sistema de evaluación multidimensional de la conducta (EMC) [trabajo de grado]. Medellín: Universidad de San Buenaventura; 2000.


*INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA*


***Resumen.*** Objetivo. *En esta revisión se hace un abordaje, desde el punto de vista teoricoclínico, de varios instrumentos utilizados en el área de la neuropsicología, la psicología y la psiquiatría, basados en los métodos de entrevista, que se han diseñado para evaluar la sintomatología asociada en varias categorías o tipologías diagnóstica en las diferentes ediciones del* Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Desarrollo. *El estudio de la psicopatología, es-*


*INSTRUMENTOS PARA AVALIAR AS ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO*


***Resumo.*** Objectivo. *Nesta revisão faz-se uma abordagem, sob o ponto de vista teórico-clínico, de vários instrumentos na área da neuropsicologia, psicologia e psiquiatria, baseados nos métodos de entrevista, que se desenharam para avaliar a sintomatologia associada em várias categorias ou tipologias de diagnóstico nas diferentes edições do* Manual diagnóstico e estatístico e de doenças mentais. Desenvolvimento. *O estudo da psicopatologia, especial-*

*pecialmente en el niño y en el adolescente, tiene un requisito previo, que es el conocimiento completo de la naturaleza de la organización de los trastornos categóricos por ejes y la razón de los grupos de síntomas y sus variantes colocados en cada criterio. Por consiguiente, para realizar el diagnóstico en psicopatología infantil, se requiere el cumplimiento de diferentes criterios, de acuerdo con la presencia de diferentes alteraciones asociadas a una patología en particular, y los diferentes instrumentos de evaluación aportan un enfoque múltiple que permite evaluar los problemas comportamentales.* Conclusiones. *En la actualidad, contamos con una serie de instrumentos de diagnóstico recomendados para el estudio clínico individual, que se pueden aplicar tanto a los padres como a los profesores, y se hace necesario investigar si los síntomas comunicados tanto por los padres como por los maestros poseen características similares, o si, por el contrario, las observaciones comportamentales en diferentes contextos difieren entre sí, en cuyo caso se requiere un análisis mayor de las particularidades contextuales en las cuales se desenvuelve el paciente. [REV NEUROL 2004; 38: 271-7]*

***Palabras clave.*** Checklist. *Disocial. TDAH. Trastornos de conducta.*

*mente na criança e no adolescente, tem um requisito prévio, que é o conhecimento completo da natureza da organização das perturbações categóricas por eixos e a razão dos grupos de sintomas e suas variantes colocadas em cada critério. Por conseguinte, para realizar o diagnóstico em psicopatologia infantil, requer-se o cumprimento de diferentes critérios, de acordo com a presença de diferentes alterações associadas a uma patologia em particular, e os diferentes instrumentos de avaliação trazem um enfoque múltiplo que permite avaliar os problemas comportamentais.* Conclusões. *Actualmente contamos com uma série de instrumentos de diagnóstico recomendados para o estudo clínico individual, que se podem aplicar tanto a pais como a professores, e torna-se necessário investigar se os sintomas comunicados tanto pelos pais como pelos professores possuem características similares, ou se, pelo contrário, a observação comportamental em diferentes contextos difere entre si, para o que se requer uma análise mais profunda do que as particularidades contextuais em que se desenvolve o doente. [REV NEUROL 2004; 38: 271-7]*

***Palavras chave.*** *Alterações de conduta.* Checklist. *Dissocial. PDAH.*